**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
MONEY FOLLOWS THE PERSON DE MASSACHUSETTS
DEMONSTRAÇÃO DE RECUPERAÇÃO DE EQUILÍBRIO**

Este formulário deve ser preenchido antes da participação no programa Money Follows the Person Demonstration (Demonstração do Dinheiro Segue a Pessoa) (Demonstração do MFP)

Nome	Número de ID do MassHealth
------	----------------------------

Fui informado de que:

INFORMAÇÕES GERAIS

- A Demonstração do MFP é patrocinada pelo Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) federal. A demonstração irá apoiar os estados a recuperar o equilíbrio de seus sistemas de apoio de longo prazo, ajudar na transição de indivíduos transferidos de instalações médicas e melhorar em geral o sistema de cuidados de saúde de longa duração. O CMS concedeu uma subvenção a Massachusetts para a Demonstração do MFP.
- Se eu estiver qualificado para a Demonstração do MFP, minha participação na Demonstração do MFP será totalmente voluntária.
- A minha participação na Demonstração do MFP irá permitir que Massachusetts receba apoio financeiro adicional para me ajudar na transição de uma instituição médica para um ambiente comunitário e a obter serviços do MassHealth oferecidos na comunidade.
- Se eu estiver qualificado para a Demonstração do MFP e optar por participar na Demonstração do MFP, posso receber serviços comunitários do MassHealth, que podem incluir serviços de isenção do Medicaid no âmbito das regras e exigências do programa MassHealth.
- Se eu optar por não participar da Demonstração do MFP, isso **NÃO** afetará a minha qualificação para receber serviços do MassHealth.

CONFIDENCIALIDADE

- Se eu participar da Demonstração do MFP, algumas informações serão utilizadas para avaliar sua eficácia. Serei solicitado a responder a pesquisas, permitir visitas domiciliares ou comunicar-me com alguém sobre a minha experiência na Demonstração do MFP.
- Informações sobre a minha participação na Demonstração do MFP serão mantidas confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para a finalidade de administrar e ou avaliar a Demonstração do MFP.

DESISTÊNCIA DA DEMONSTRAÇÃO DO MFP

- Se eu estiver qualificado para a Demonstração do MFP, minha participação será totalmente voluntária. Se eu participar da Demonstração do MFP, posso desistir a qualquer momento mediante o preenchimento de um formulário de desistência. Posso obter o formulário de desistência de meu gerente de caso ou coordenador de serviço ou do Escritório do Projeto MFP.
- Se eu desistir da Demonstração do MFP, ainda posso receber serviços do MassHealth desde que continue a satisfazer as regras e exigências do programa MassHealth.

QUEIXAS

- Caso eu esteja participando da Demonstração do MFP e tiver queixas ou preocupações sobre a Demonstração do MFP, devo entrar em contato com o meu gerente de caso.
- Quer eu esteja ou não participando da Demonstração do MFP, se eu discordar de uma decisão tomada pelo MassHealth sobre meus benefícios do MassHealth, tenho o direito de entrar com recurso e de ter uma audiência justa. Meu gerente de caso pode me fornecer informações sobre como apresentar um recurso e sobre o processo de audiência justa em geral.

CONSENTIMENTO

Meu gerente de caso ou coordenador de transição me explicou os meus direitos e responsabilidades no âmbito da Demonstração do MFP. Entendo que receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento para guardar.

Ao assinar este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da Demonstração do MFP, caso seja determinado que estou qualificado para tal.

ASSINATURA – Participante	Data da assinatura
Endereço (rua, cidade, estado, código postal)	Número de telefone () -
ASSINATURA – Responsável legal (se aplicável)	Data da assinatura
Endereço (rua, cidade, estado, código postal)	Número de telefone () -

OPÇÃO PARA RECUSAR-SE FORMALMENTE A PARTICIPAR

Tive a oportunidade de participar na Demonstração do MFP e decidi recusar. Entendo que isso não afetará a minha qualificação para receber serviços do MassHealth no âmbito das regras e exigências do programa MassHealth.

ASSINATURA – Participante	Data da assinatura
Endereço (rua, cidade, estado, código postal)	Número de telefone () -
ASSINATURA – Responsável legal (se aplicável)	Data da assinatura
Endereço (rua, cidade, estado, código postal)	Número de telefone () -